№ 4. Kwiecień 1912 r. Rok VII.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Znaczenie spróchniałych zębów w etjologji gruźlicy.

PODAŁ

Dr. Juljan Zilz,

c. i k. lekarz pułkowy, kierownik biskupiej szkolnej kliniki dentystycznej w Gyulafehérvár (Węgry).

Wiadomości z dziedziny bakterjologji jamy ustnej oraz wyniki badań w tej ważnej gałęzi medycyny dentystom bezsprzecznie muszą być znane. Dentysta powinien najpierw zwracać baczną uwagę na wszelkie zmiany patologiczne, występujące w zębach, jak również w otaczających tkankach, a po dokładnem ich zbadaniu, uwzględniając wymagania hygjeny oraz spokrewnionej z nią bakterjologji, może on różnemi drogami (operacyjną lub terapeutyczną) skutecznie zwalczać niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia. Mam tu przedewszystkiem na myśli zakażenie gruźlicze, które to bardzo często przedostaje się do ustroju drogą zepsutych zębów.

Prątek gruźliczy Koch'a, jak świadczą odnośne badania różnych autorów, należy do kategorji zarazków, które w jamie ustnej mają doskonałą glebę dla swego rozwoju.

Na sprawę tę, mającą doniosłe znaczenie w etjologji gruźlicy,

już dawniej zwrócono uwagę, a świeżo związek ten zaznaczył mąż takiej powagi w dziedzinie naszej specjalności, jakim jest Jenkins, w odczycie, wygłoszonym na V Międzynarodowym kongresie dentystycznym, odbytym w r. 1909 w Berlinie.

W obszernej mej pracy p. t. „Gruźlica jamy ustnej w świetle najnowszych badań" („Tuberkulose der Mundhöle im Lichte neuester Forschungen" [1]). Wiedeń. 1912), rozpatrując krytycznie, w porządku chronologicznym przytoczyłem całą odnośną literaturę, dotyczącą omawianej sprawy, a wyniki badań bakterjologicznych naszkicowałem odpowiednio do poszczególnych okresów. Pozostaje mi tu tylko jeszcze raz zastanowić się nad wynikami własnych badań.

Że prątek gruźliczy podobnie, jak w zaułkach migdałków, tak też i w spróchniałych zębach łatwo się zagnieżdża, jest to zjawisko od dawna znane i stwierdzone drogą odnośnych badań. Z całego szeregu badaczy, którzy tą sprawą się zajmowali, wymienię tu Hoppe'go, który u 23 osób z liczby 31 i to zupełnie zdrowych w ubytkach spróchniałych zębów ze zgorzelinową miazgą stwierdził obecność zarazka gruźliczego.

Celem moich badań było po pierwsze—wykazać przyczynę, dla której, pomimo skrzętnych poszukiwań w kierunku znalezienia w ubytkach spróchniałych zębów odpornych na kwasy i alkohol a barwiących się metodą Ziehl'a prątków gruźliczych, ich tamże wykryć nie można, aczkolwiek po zastrzyknięciu do jamy brzusznej zwierzęcia hodowli z takich zębów występowała typowa gruźlica.

Opierając się na najnowszych badaniach, dotyczących odporności, w dalszym ciągu postanowiłem wykazać przyczynę, dla której, pomimo częstej obecności prątków w ubytkach zębowych, pierwotna gruźlica jamy ustnej występuje względnie rzadko. W wyjątkowych tylko przypadkach spróchniały ząb bywa przyczyną ogólnego zakażenia organizmu.

Chcąc odpowiedzieć na pierwsze pytanie, przytem bez uwzględnienia mniej lub więcej prawdopodobnych hipotez, a trzymając się ściśle znanych obecnie pewników, należy przedewszystkiem przyjrzeć

---

[1]) Zob.: Zilz. Die physiogenetische Bedeutung der Zahnwurcelcysten. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. T. XVI, zesz. 2. Würzburg. 1912.

się bliżej własnościom biologicznym prątka. O jego własnościach biochemicznych mówić będziemy następnie.

I. Najpospolitszą postacią zarazka gruźliczego jest nie wysmukły, odporny na kwasy prątek, lecz wysmukłe ciało bakteryjne, do którego przylegają, a częściowo ciałem bakteryjnem objęte, okrągłe twory, które łatwo się barwią sposobem Gram'a. Ziarenka te w ilości od 1 do 7-iu przeważnie nie są odporne na kwasy. Tak wygląda prątek Koch'a, znany przedtem tylko jako wysmukła, rzadko kiedy ziarnista, metodą Ziehl'a barwiąca się laseczka.

II. Drugą bardzo ważną postacią jest stwierdzona przez Much'a forma ziarnista zarazka, który przy podwójnem barwieniu nie wykazuje odpornej na kwasy istoty. Występuje on albo jako biszkopcikowata laseczka, albo jako ziarenko (granulum), lub też konglomerat tegoż. Oczywiście ta postać przy podwójnem barwieniu barwi się tylko jednolicie; kontrastowe barwienie dla tej postaci zarazka gruźliczego nie ma znaczenia.

III. Pomiędzy temi dwiema postaciami skrajnemi zarazka istnieją jeszcze formy przejściowe. Można mianowicie odróżnić *trzy* typy:

a) odporny na kwasy prątek ze ziarenkami, ułożonemi wewnątrz ciała; nie barwi się sposobem Gram'a;

b) jednolita, nieziarnista laseczka, niebarwiąca się sposobem Ziehl'a (postać bardzo rzadka);

c) grube ziarno, otoczone jeszcze substancją, odporną na kwasy; substancja ta otaczać może ziarenka, lecz na niektórych z nich widać tę odporną substancję tylko po bokach; jest to postać identyczna z odłamkami (Splitter) Spengler'a; izolowane ziarna te nie barwią się sposobem Spengler'a. Much udowodnił, że w przypadkach, w których sposobem Ziehl'a otrzymywano wynik ujemny, mimo to innymi sposobami gruźlicę można było wykazać. Dowodzi to, iż obok dawniej znanej postaci gruźlicy istnieje jeszcze inna, która, jakkolwiek pochodną jest pierwszej, jednak pod względem biochemicznym od niej się różni. Już samo zachowywanie się ziarenek Much'a wobec barwników w porównaniu z luźnemi lub też zamkniętemi w odpornych na kwasy laseczkach i łatwo barwiącemi się ziarenkami świadczy, iż mamy tu do czynienia z biochemicznie odrębną postacią zarazka gruźliczego. Różnicę tę Much tłumaczy obecnością w ziarnistych formach jakiejś substancji, której w zwykłych ziaren-

kach niema; główną częścią składową tej substancji ma być tłuszcz obojętny.

Już przed laty Koch wyraził przypuszczenie, że czynnikiem uodparniającym na działanie kwasów są kwasy tłuszczowe. Tłuszcz obojętny nie dopuszcza barwnika do wnętrza ciała prątka, a na tem właśnie polega trudność barwienia prątków gruźliczych oraz znaczna ich odporność.

Postać, wykazana przez Much'a, nie jest odporna na kwasy.

Jak teoretycznie wytłumaczyć należy powstawanie tej formy? Odpowiedź prosta — tylko tem, że odporne na kwasy prątki tracą swą odporność. Organizm albo rozpuszcza, albo rozkłada odporną na kwasy substancję. To zniweczenie odporności nastąpić może tylko w takich miejscach, które, według Much'a, mniej lub więcej zostają wyłączone ze stałego odżywiania. Z punktu widzenia dentystycznego miejscem takiem może być przedewszystkiem obumarła i ropiejąca miazga w ubytkach spróchniałych zębów. Ciało prątka rozpada się wówczas na ziarenka, które, przepojone obojętnym tłuszczem, stają się odpornemi, lecz nie giną, stanowiąc zawiązek dla nowych kolonji. Ziarenka zachowywują swoją żywotność i mogą znów rozwijać się do postaci odpornych prątków.

Te właściwości biologiczne tłumaczą trudność wykazania prątka Koch'a w ubytkach rozpadłych zębów. Tem też tłumaczy się bardzo skąpa odnośna literatura i wogóle brak wzmianki o prątku Koch'a w zębach i to nawet w przypadkach wybitnej i daleko posuniętej gruźlicy ogólnej lub miejscowej. Że nieosłabione pod względem żywotności ziarenka Much'a, które napewno nie przedstawiają formy degeneracyjnej w pojęciu Behring'a, w pozbawionych miazgi spróchniałych zębach tak w postaci ziarnistej jakoteż we wszystkich formach przejściowych w niezliczonej ilości się znajdują, o tem na podstawie kilkuset skrawków mikroskopowych dostatecznie przekonać się mogłem.

Silnym bodźcem do podjęcia tych żmudnych badań było dla mnie to, że w całej dostępnej dla mnie literaturze nie znalazłem nigdzie naukowo udowodnionej wzmianki, dotyczącej wykrycia ziarenek Much'a w ubytkach zepsutych zębów, aczkolwiek w przypadkach gruźlicy płuc (Schulz, Rosenblatt, Pekanovich, Wehrli, Knoll, Weirauch, Telemann i t. d.), lub chorób skórnych (Krüger, Boas i Christensen, Doutrepont) obecność ich niezbicie stwierdzona została. Zdaje

się więc, że zarazek gruźliczy w postaci nieodpornych na kwasy ziarenek występuje wszędzie, gdzie się zetknie z zaczynem, rozpuszczającym istotę uodparniającą, a w ubytkach zębowych właśnie zaczyn taki znajdujemy w znacznej ilości. Drugą ewentualność stanowi to, że wspomniana istota uodparniająca sama ulega rozpadowi. Skoro warunki wegetacji się poprawią (np. w jamie otrzewnej świnki morskiej), ciałka takie mogą znów się przepajać substancją, odporną na kwasy. Tę nową odporną na kwasy postać zarazek gruźliczy może trwale zatrzymać, w innych znowu przypadkach zmienia on się w ziarenka. O słuszności tego poglądu przekonać się mogłem niejednokrotnie, a to w sposób następujący. Ani w zawartości zepsutych zębów, ani w gruczołach okolicznych (regjonalnych), nigdy odpornych na kwasy prątków gruźliczych nie znalazłem. Znajdowałem natomiast wyłącznie tylko ziarenka Much'a. Wstrzyknąwszy zaś do jamy brzusznej królika sporządzoną z miazgi zębowej na wyjałowionym buljonie zawiesinę, zmieszaną z antyforminą, nie mogłem następnie na preparatach, wziętych z nacieków, powstałych około miejsca zastrzyknięcia, znaleźć ani jednego ziarenka Much'a, natomiast tak tam, jakoteż w gruczołach zwierzęcia i skrawkach tkanek znajdowałem obok komórek olbrzymich i gniazd epitelioidalnych również typowe na kwasy i alkohol odporne prątki gruźlicze. Stąd wniosek, że rozwinęły się one tylko z ziarenek Much'a. pomyłka więc co do rzekomej gruźlicy Moeller'a jest wykluczona.

Powyższe zjawisko tłumaczę sobie w ten sposób, że ziarenka znalazły w jamie otrzewnej zwierzęcia tak dogodne dla siebie warunki, że przepoiły się znów substancją na kwasy odporną.

W biologji prątka gruźliczego musimy więc obecnie rozróżnić *dwie* formy rozwojowe; po pierwsze—barwiące się według Ziehl-Nelsen'a odporne na kwasy laseczki, i po drugie — tylko sposobem Gram'a barwiące się ciałka Much'a. Obie te formy mogą równocześnie istnieć obok siebie. Tam, gdzie sposobem Ziehl'a gruźlicy wykazać nie można, udaje się zawsze stwierdzić formę ziarnistą Much'a.

Mimo że miazga, jak wykazały doświadczenia na zwierzętach, zawierała jadowitą gruźlicę, na skrawkach z ubytków zębowych, z których wspomnianą miazgę brano, nigdy żadnych odpornych na kwasy tworów, czy to prątków, czy też odłamków znaleźć nie mogłem, jakkolwiek w chorem otoczeniu zniszczonego zęba. t. j. w okost-

nej, gruczołach, kości i t. d. jakoteż u zwierzęcia, użytego do doświadczenia, stwierdziłem prątki w ogromnej ilości.

Tak więc, badając pierwotną gruźlicę jamy ustnej, mimowoli nasunęło mi się przypuszczenie, że dotychczas znana postać prątka Koch'a nie jest jedyną żywotną postacią tego zarazka i że przybrać on może jeszcze inną, dotychczas nieznaną formę. To odkrycie skłoniło mnie do przedsięwzięcia poszukiwań w kierunku wykrycia ziarenek Much'a w ubytkach spróchniałych zębów.

Jak już nadmieniłem, Much'owi udało się wykazać, że odporne na kwasy prątki gruźlicze są tylko biologiczną odmianą zarazka gruźliczego, posuwając przez wykrycie tej ziarnistej formy problemat biologji gruźlicy o znaczny krok naprzód (Instytut Behring'a r. 1906 i 1907). Badaczowi temu udało się w takich mianowicie przypadkach, w których pomimo typowych zmian histologicznych i nieznalezienia odpornych na kwasy prątków, pomimo dodatniego wyniku szczepienia na zwierzętach, zawsze wykazać albo po całym preparacie rozsiane, albo też grupami, lub też sznurkami ułożone drobne ziarenka. Zdaniem Weiss'a, ziarenka te przedstawiają się jako małe, ciemno-niebieskie kółeczka, na czarno nawet zabarwione. Zbyt silnie odbarwione, słabo załamują one światło; wyglądają jak drobne ziarniaki (koki), są jednak od nich 5 — 10 razy mniejsze; wielkość ich jest zmienna. Ziarenka te tem się od wszystkich innych, dotychczas znanych postaci gruźlicy różnią, że można je barwić tylko sposobem Gram'a, a nie zwykłym sposobem barwienia zarazka gruźliczego, t. j. barwnikiem Nelsen'a.

Uwzględnić musimy jeszcze dwie ważne okoliczności, które często utrudniają wykazanie odpornych na kwasy prątków. Znaną mianowicie jest rzeczą, że w środowisku, które długo trzeba odwapniać, jak np. ząb lub kość skroniowa, prawie nigdy nie udaje się wykazać zarazka gruźliczego. Długotrwałe działanie kwasów niszczy, jak się zdaje, zdolność barwienia się prątków sposobem Ziehl-Nelsen'a. Przy szukaniu zarazka gruźliczego w spróchniałych zębach przeszkadza nadto mnóstwo rozmaitych drobnoustrojów, które znacznie zaciemniają pole widzenia pod drobnowidzem.

Na trudności wykrywania ziarenek Much'a i znaczne prawdopodobieństwo mylnej djagnozy wobec masy innych drobnoustrojów

zwrócili już uwagę Schottmüller i Liebermeister. Zarzut ten jednak nie wytrzymuje krytyki, następnie bowiem przekonamy się, że nieodporne na kwasy ziarenka Much'a stawiają opór antyforminie, podczas gdy wszystkie inne drobnoustroje nietylko od niej giną, lecz nadto jeszcze zupełnie ulegają rozpadowi.

Co się tyczy poprzednio postawionego pytania, dlaczego mimo skrzętnych poszukiwań w kierunku wykrywania w zepsutych zębach odpornych na kwasy i alkohol a sposobem Ziehl'a barwiących się prątków, mimo dodatniego wyniku prób na zwierzętach, którym wstrzykiwano roztartą i zmieszaną z antyforminą miazgę zębową, dotychczas zawsze wyniki były ujemne—to, zdaje mi się, że na mocy własnych doświadczeń najlepiej będzie odpowiedzieć w następujący sposób:

Odporny na kwasy prątek, przedostawszy się do ubytku zębowego, rozpada się na ziarenka, z których każde dla siebie przedstawia odrębne centrum życiowe. Ziarenka te przepajają się chroniącym je od rozpadu tłuszczem neutralnym, trwalszym od kwasów tłuszczonych, a otrzymywanym prawdopodobnie od rozpadłego ciała prątka.

Zarazek gruźliczy przybiera, jak się zdaje, nieodporną na kwasy formę wszędzie, gdzie spotyka związek chemiczny, rozpuszczający ciała, odporne na kwasy (miąższ miazgi, jej ropiejące resztki, produkty gnicia, ptomainy, toksalbuminy, leukomainy, fermentacje i t. d.), lub też tam, gdzie następuje rozpad ciała, odpornego na kwasy. Nasycenie obojętnym tłuszczem ochrania od rozpadu. Skoro warunki życia dla nich się poprawią, jak to już kilkakrotnie zaznaczyłem, mówiąc o doświadczeniach na morskich świnkach, zarazek może znów uodpornić się na kwasy. Ta odporna na kwasy postać może dalej istnieć jako taka lub przy zmianie warunków znów rozpada się na ziarenka. Analogiczne zjawisko mogłem zaobserwować w przypadkach, w których będące w uśpieniu ziarenka Much'a, osiadłe w zepsutym zębie lub guzie ziarninowym korzenia, przeszedłszy do okolicznego gruczołu chłonnego, przy dogodnych warunkach bujania przeistaczały się w odporną na kwasy postać, barwiącą się sposobem Ziehl'a. Jakiego rodzaju są drobne owe zmiany w miazdze zgorzelinowej względnie zmumifikowanej, przeciwdziałające ogólnemu zakażeniu mimo częstej tamże obecności ziarenek Much'a, tego obecnie dokładnie nie wiemy. Sprawę wyświetlają nieco badania Deyki i Much'a (1908), dotyczące rozpuszczalności prątków gruźliczych.

Punktem wyjścia do dalszych badań tych uczonych było znane zjawisko, że zarazek gruźliczy, zasiany na emulsji mózgowej, traci swą odporność na kwasy i powoli ulega rozpadowi. Tę zdolność rozpuszczania mają substancje chemiczne dokładnie określone, a znajdujące się w centralnym systemie nerwowym. Są to: lecytyna, neuryna i cholina — substancje, posiadające tę szczególną własność, że rozpuszczają zarazek gruźliczy w probówce. Własność bakterjobójczą w stosunku do zarazka gruźliczego wykazali następnie ci sami autorowie i dla wszystkich poczwórnych zasadowych związków amonowych (przedewszystkiem tetrametylammonium hydroxyd.), następnie dla stałych alkaljów, wreszcie słabych kwasów (1911). Doświadczenia te kontynuował Leschke, który doszedł do następującej konkluzji. „Alle von uns bisher untersuchten organischen Säuren, z. B. die Milchsäure, rechtsdrehende, linksdrehende und inaktive Weinsaüre, Citronensäure, Traubensäure, Essigsäure, Hippursäure, Ameisensäure, Salicylsäure, Buttersäure, Glycuronsäure, Crotonsäure u. a. sind im Stande schon in 1% Lösung bei 58° Tuberkelbazillen innerhalb weniger Wochen aufzulösen. Jedoch handelt es sich dabei nicht, wie bei Neurin um eine Auflösung, sondern um eine Aufschliessung".

Te tylko mimochodem wspomniane, bardzo interesujące badania Deyk'a i Much'a jakoteż Leschke'go mają dla nas tem większe znaczenie, gdyż analogiczne lub chemiczne pokrewne substancje znajdujemy często w kanałach korzeni, wypełnionych rozpadłą miazgą i resztkami pokarmów. Jest rzeczą udowodnioną, że wszędzie, gdzie ulegają rozpadowi istoty białkowate, a więc i w obumarłej miazdze, obok innych produktów, jak kwasu mrówkowego, masłowego, kozłkowego, palmitynowego, akrylowego i t. d. wytwarzają się przedewszystkiem kwas mleczny. W tem możnaby się dopatrywać odpowiedzi na drugie, postawione poprzednio pytanie, nawet w razie, gdybyśmy, wyłącznie nie przyjęli owego „otwarcia“ (Aufschliessen) ciałka prątka, lecz tylko mówili o osłabieniu jego sił żywotnych.

Zarzut, jakoby ewentualne „otwarcie“ dzięki kwasom organicznym można sobie tylko wyobrazić przy t° 58, należy odeprzeć w ten sposób, że w rozpadającej się miazdze znajdują się w znacznem stężeniu najrozmaitsze substancje o rozpuszczalnych własnościach. Zresztą nie rozstrzygnięta jest również obecnie kwestja, czy siła, rozpuszczająca mieszaniny, nie jest większa od sumy sił składowych tychże ciał;

nadto uwzględnić trzeba i rozmaitą odporność różnych szczepów prątka gruźliczego.

Że takie „otwieranie" (Aufschliessen) prątków rzeczywiście się odbywa, za tem przemawiają wyniki badań mikroskopowych. Udowadnia to cały szereg skrawków miazg, spreparowanych antyforminą.

Miazgi, które badałem, pochodziły z zębów, wyjętych dzieciom szkolnym.

W preparatach tych znalazłem:

I) Mocno nadżarte prątki, które, barwione sposobem Ziehl'a, wykazywały ziarnistość, same zaś przybierały blado-różowy kolor; obok tych leżały i inne prątki, które swą odporność zupełnie już utraciły, a błękitem metylowym barwiły się tak, jak wszystkie inne, nieodporne na kwasy bakterje.

II) W osadzie z antyforminą, wziętym w wielu przypadkach z zepsutych zębów, przy podwójnem barwieniu sposobem Ziehl'a i błękitem metylowym nie znalazłem nic oprócz bezkształtnej masy, nie zawierającej żadnych uformowanych tworów, częścią na niebiesko zabarwionej. Wśród tej masy można jednakże było wykazać nieodporne na kwasy ziarenka Much'a. Wstrzyknięte do jamy brzusznej świnki morskiej powodowały one gruźlicę z odpornymi na kwasy prątkami.

W pewnych warunkach mogą i te ziarenka zniknąć, a mianowicie w przypadku zupełnego rozpuszczenia się, co oczywiście możliwe jest tylko w probówce. W ciele zwierzęcem te częściowo rozpuszczone ziarenka Much'a, jako twory znacznie osłabione, nie powodują żadnych specjalnych chorób i ulegają z tkanki podskórnej, po krótkotrwałej reakcji zapalnej, zupełnemu wessaniu. W przeważnej ilości przypadków ziarenka Much'a pozostają w ubytku zębowym przez długi czas w bezczynności. Przy pewnej jednak sposobności, dostawszy się do lepszego środowiska, czy limfy np., lub też wogóle, wydostawszy się przez wierzchołek zęba, budzą się one ze stanu uśpienia do nowego życia.

Uśpione ziarenka Much'a wykazać mogłem w guzach ziarninowych i torbielach korzeniowych. Jako osobliwy fenomen zaznaczyć muszę, że uśpiony zarazek gruźliczy w wyżej wymienionych miejscach występował zawsze jako nieodporny na kwasy. Możemy zatem mówić o okresie utajonego życia, uwzględniwszy z jednej strony jadowitość, z drugiej zaś bezczynność tego zarazka.

Znaczenie, jakie ziarenka Much'a mają dla sąsiadujących z zepsutym zębem gruczołów chłonnych, w wyżej wspomnianem dziele dostatecznie wykazałem na zasadzie materjału klinicznego.

Oby te moje badania zgodnie z naszymi obecnymi poglądami na odporność na gruźlicę w dziedzinie stomatologii utorowały nowe drogi, w celu wytłumaczenia niektórych form utajonego zarazka gruźliczego w ubytkach zębowych.

Rys ortodontji nowoczesnej
podług systemu Angle'a

NAPISAŁ

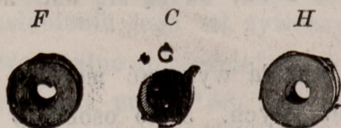
Wincenty Zawidzki,
Lekarz-dentysta.

(Ciąg dalszy. Zob. № 10, 11, 12 r. ub., № 2, 3 r. b.).

7. *O bandażach jednolitych* (*spajanych, t. zw. Vollband*).

Bandaże jednolite stosujemy wówczas, gdy potrzeba ząb obrócić około osi, wydłużyć lub skrócić i wogóle dla zaczepiania nawiązek (ligatur) w przypadku wadliwej formy zęba. Na powierzchni językowej tych bandaży przylutowujemy haczyki, guziczki lub kolce (Sporn), aby nawiązkę o nie zaczepiać lub jej dać oparcie. W celu wydłużenia lub skrócenia zęba bandaż stosujemy przeważnie wówczas, gdy ząb ma formę stożkowatą (np. rachityczna), lub gdy guzek mało jest rozwinięty oraz wszędzie, gdzie zęby jeszcze niezupełnie się wyrżnęły, t. j. tam, gdzie kształt zęba nie może dać nawiązce pożądanego oparcia.

Bandaże jednolite robimy z paska nowosrebrnego (Bandmaterial) o rozmaitej szerokości i grubości, zależnie od wymagań i rodzaju zę-



Rys. 52.

bów. Głównie stosujemy pasek mniej więcej 4 mm. szerokości i 0,1 mm. grubości (rys. 52 „F"—White); pasek „H" (White) nadaje się przedewszystkiem do kłów, a „C" stosujemy wówczas, gdy dostateczna jest

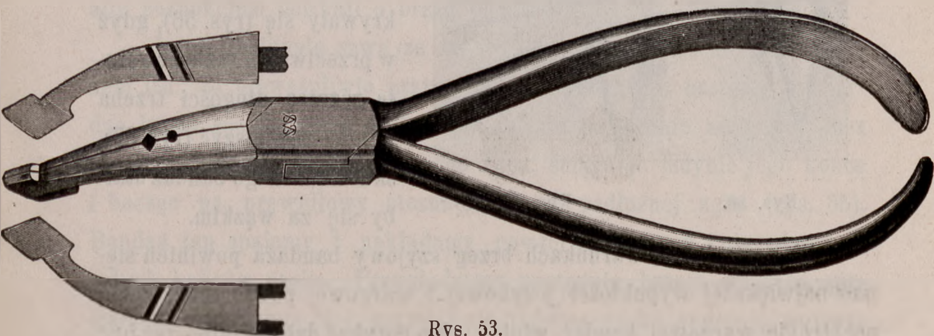
mniejsza siła oraz gdy cienkość jego jest konieczna. Wyrabiane „Schweizer-Regulierungs-Apparate" mają dwojaki pasek: szerszy (ca $4^1/_2$ mm.), który przeważnie stosujemy, oraz węższy (ca 3 mm.), który ze względu na znaczną cienkość stosujemy zamiast „C" White'a.

Pasek bandażowy jest odpowiednio wypolerowany, nieco twardy i sprężysty; dlatego to najlepiej przed użyciem zrobić go miękkim i mniej gładkim, aby przylegał lepiej do zęba i nie powodował obsunięcia się kleszczy. Krąg paska powiększamy nieco, odkręcając pętlę drucianą na 3 mm., przez co rozluźniamy zwoje paska, przepalamy go powoli do czerwoności w piecyku elektrycznym lub gazowym, lub też wprost nad ogniem, aby zaraz go wrzucić do wyskoku lub po ostygnięciu przegotować w 10% roztworze kwasu siarczanego. Po tej procedurze metal staje się bardziej miękkim.

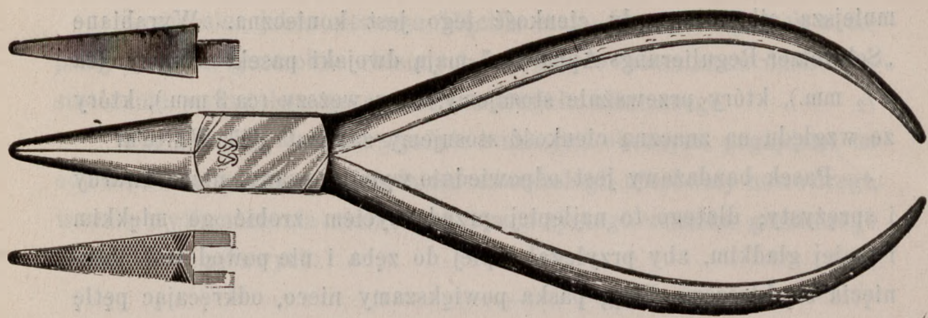
Ze względów estetycznych stosować możemy paski platynowe z 10% domieszką irydu; szerokość tego paska wynosi 4—5 mm., a grubość 0,06—0,08 mm. Aby pasek irydo-platynowy zrobić miękkim, rozpalamy go do białości w piecyku elektrycznym; lutować należy czystem złotem grubości 0,1 mm.

Chcąc zrobić bandaż, odcinamy około 10 cm. paska lub odwijamy z krążka tyle, ile nam potrzeba, nie załamując i nie rozciągając paska pomiędzy palcami, aby znów nie stał się sprężystym. Dla zdejmowania formy bandaża z zęba w ustach konieczne są niektóre narzędzia:

I. kleszcze How'a (rys. 25) lub
kleszcze bandażowe Angle'a (rys. 53),
II. kleszcze płaskie № 136 White'a (rys. 54),
III. narzędzie specjalne № 2 (rys. 24).

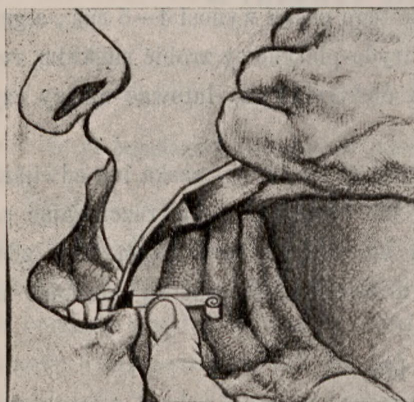


Rys. 53.

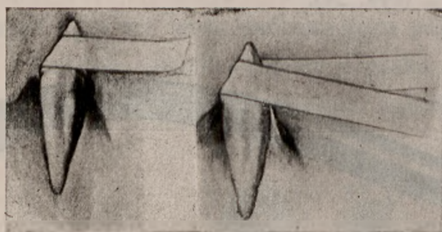


Rys. 54.

Najpierw na pasku robimy zwój (na 3 cm. od końca), a, trzymając palcami wskazującym i dużym lewej ręki, formujemy go wskazującym prawej ręki odpowiednio do kształtu zęba. Tak przygotowany pasek nakładamy na ząb, mocno ściągając końce czubkami palców lewej ręki i wskazującym palcem prawej, przyciskając powierzchnię podniebienną, resp. językową. Guziczkiem i łopatką narzędzia specjalnego № 2 przygładzamy jaknajdokładniej pasek do zęba, aby następnie ściągnąć zwój kleszczami płaskiemi z zewnętrznej strony górnych zębów, a How'a lub Angle'a przy innych zębach (rys. 55). Podczas powyższej manipulacji należy baczyć, aby końce paska pokrywały się (rys. 56), gdyż w przeciwnym razie powstałą różnicę długości trzeba byłoby zmniejszyć (rys. 57), skutkiem czego bandaż stałby się za wązkim.



Rys. 55.



Rys. 56. Rys. 57.

W normalnych warunkach brzeg szyjowy bandaża powinien sięgać największej wypukłości językowej i wargowej powierzchni zęba; po stronie wargowej bandaż winien albo dotykać dziąsła, albo też być

oddalony od niego na 1—2 mm., aby zapobiedz uszkodzeniu szkliwa wskutek zatrzymywania się ciał ulegających rozkładowi.

Na wymagania te należy koniecznie zwrócić uwagę już podczas formowania bandaża, aby po zlutowaniu jeszcze raz niedokładności usunąć przy pomocy nożyczek lub karborundu. Położenie bandaża jednolitego na zębie podlega tym samym przepisom i wymaganiom, jakie podaliśmy w rozdziale o bandażu z krętem. Średnica bandaża musi więc stanowić z osią zęba kąt prosty, aby jego umocowanie opierało się na zasadzie prawa fizycznego, a nie na własności samego tylko cementu, gdyż najlepszy nawet cement nie uchroni krzywo leżącego bandaża od obluźnienia. Gdyśmy kleszczami oznaczyli szew, zdejmujemy formę bandaża ostrożnie, aby ją zlutować, nie przesuwając o ile można zachodzących (pokrywających się) końców.

Szew bandaża robimy rozmaicie: na powierzchni wargowej—u zębów przednich, za wyjątkiem dolnych kłów, u zębów czopowatych i rachitycznych oraz zębów z bardzo rozwiniętym guzkiem (*tuberculum*), u których to szew robimy na powierzchni językowej resp. podniebiennej; szew niekiedy robimy nawet podwójny, gdyż na powierzchni wargowej w tych przypadkach opuściłby się na dziąsło, a po jego odcięciu i spiłowaniu otrzymalibyśmy bandaż bardzo wązki, pokrywający tylko czubek zęba.

Robienie szwu po stronie językowej przedstawia pewne trudności, gdyż po: 1) wyciąganie palcami paska w ustach i stosowanie kleszczy jest niedogodne dla lekarza i pacjenta; 2) podczas ściągania kleszczami pasek zsuwa się z powierzchni wargowej. Niedogodnej operacji w ustach zmniejszyć nie możemy, a tylko wprawa i doświadczenie osobiste pokona z czasem wszelkie trudności; zsuwaniu się paska można zapobiedz, zalecając pacjentowi lub asystentowi aby paznokciem uciskali o brzeg paska.

Jeżeli zrobienie szwu ze strony językowej okaże się zbyt trudnem itd., to niewątpliwie przypadnie nam do gustu następujący bardzo łatwy sposób. Szew robimy jak zwykle po stronie wargowej, lecz nie przygładzamy paska wcale do zęba, ściągając jedynie jego końce i bacząc na prawidłowy stosunek do osi podłużnej zęba (rys. 55). Bandaż ten spajamy i nakładamy powtórnie na ząb, nie odcinając jednak końców paska. Przygładzamy następnie brzegi do zęba specjalnem narzędziem № 2, starając się nadmiar paska umieścić na języ-

kowej powierzchni, a odciągnąwszy go jeszcze łopatką narzędzia, robimy z niego fałdę kleszczami How'a resp. Angle'a. Podczas tych czynności przytrzymujemy końce paska lewą ręką, uciskając na ząb i w kierunku dziąsła oraz bacząc uważnie na to, żeby nie zmieniło się prawidłowe położenie jego. Powstałą fałdę spajamy na cienko odrobiną łączna. Gdyby jedna fałda nie usunęła nadmiaru paska, wtenczas po jej spajaniu odciągamy znowu nadmiar, robiąc z niego drugą fałdę, którą również należy spajać. Szew po stronie językowej bandaża jest o tyle korzystniejszym, że strona wargowa bandaża jest gładka, co dla leczenia przedstawia pewne korzyści. Dlatego to podamy kilka sposobów postępowania, aby dać możność wyboru, gdy zrobić wypadnie bandaż dla dolnych kłów ze szwem po stronie językowej.

a) Odcinamy około 25 cm. paska bandażowego i robimy na każdym jego końcu bandaż, gdyż zwykle nałożyć trzeba bandaże na oba kły dolne. Żeby bez znaczków wiedzieć następnie, który bandaż prawy a który lewy, najlepiej postępujemy zawsze jednakowo, mając krótki koniec paska każdorazowo zewnątrz lub wewnątrz, a wystarczy nam pierwszy model, żeby przylutować haczyki, które zależnie od położenia zębów otwarte są do środka lub od środka. Sposób ten poleca się mającym już pewną rutynę, w przeciwnym razie oraz gdy usta chorego są małe postępujemy tak:

b) I. Odcinamy około 4 cm. paska i spajamy końce; otrzymaną w ten sposób pętlę nakładamy na ząb, a ściągając szczypczykami lub innem odpowiedniem narzędziem przygładzamy brzegi specjalnem narzędziem № 2, aby kleszczami How'a lub Angle'a dokończyć operacji; zwracamy zarazem uwagę na to, aby pasek nie podniósł się po stronie wargowej resp. przeciwdziałamy temu uciskiem paznokcia, o czem już wspominaliśmy.

II. Zamiast końce paska spajać, możemy, mając już pewną wprawę, kilkakrotnie je pozaginać, do czego należy odciąć około 5—6 cm. paska. Zagięty koniec przytrzymujemy palcami lewej ręki lub szczypcami, nie mając już potrzeby tak bardzo się troszczyć o to, żeby końce paska się pokrywały. Sposób ten wymaga oznaczenia bandaża, żeby nie zamienić prawego lewym.

Mimo największej staranności podczas przygotowywania formy bandaża, nie przylega on zawsze szczelnie do zęba ze strony żującej, co nie jest już naszą winą, lecz wynika to z przyczyny stożkowatego

kształtu zęba. Odciągamy tedy łopatką odstający brzeg z przeciwległej strony szwu spajanego, aby kleszczami How'a zrobić z owego nadmiaru fałdę, którą po stronie językowej spajamy (p. wyżej), jakoteż i po stronie wargowej, gdy konieczna jest znaczna siła bandaża, jeżeli zaś nie, czyli w warunkach normalnych, wycinamy ze strony sieczno-wargowej bandaża półksiężycowy kawałek, zawierający fałdę, żeby zadość uczynić wymaganiom estetycznym, nie zmniejszając tem znacznie osadzenia bandaża na zębie. *D. c. n.*

Z postępów medycyny ogólnej.

Nowy sposób leczenia przymiotu podług prof. Ehrlich'a-Hata (salvarsanem, diamido-arsenbenzolem, „606") z uwzględnieniem cierpień jamy ustnej.

(Streszczenie zestawione podług różnych źródeł).

(Dokończenie. Zob. №№ 11, 12 r. ub. i № 1, 3 r. b.).

W jamie ustnej, zdaniem prof. Gerber'a (30), znajduje się olbrzymia ilość krętków; nawet w zdrowych ustach, na szyjkach zębów, w zagłębieniach migdałów i na grzbiecie języka prawie zawsze spotyka się krętki, których ilość zależy mniej lub więcej od czystego utrzymywania ust. Drobnoustroje te pod względem morfologicznym nie są jeszcze rozsegregowane gatunkowo, albowiem zbyt mało robiono z nimi doświadczeń; jednakże niektóre gatunki krętków, gnieżdżące się w ustach, można zaliczyć do grupy *pallida,* gdyż z wyglądu swego, ruchów i budowy są dziwnie do nich podobne.

W doświadczeniach swych autor ten opierał się na tem, że środek, działający na *spirochaetae pallida,* nie może nie mieć wpływu także i na pokrewne mu drobnoustroje.

Prof. Gerber obserwował dwa przypadki:

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety w stanie ciężkiego trzeciorzędowego syfilisu, który wystąpił w postaci martwicy szczęki górnej. Zastosowanie jodu i rtęci okazało się bezskutecznem. Badanie mikroskopowe osadu z szyjki zęba powtórnie wykazało olbrzymią ilość

żwawo poruszających się krętków w różnych gatunkach. W dniu 9-go sierpnia 1910 r. zastrzyknięto 0,3 salvarsanu, które słaba ta kobieta wytrzymała bardzo dobrze. Warstwy osadu szyjowego, zbadane w czasie od 8 do 10 października 1910 r., wykazały krętki, które przeważnie były bez ruchu, lub ujawniały bardzo słabą ruchliwość. Okazało się, że pacjentka w ostatnich czasach często przepłukiwała usta wodą utlenioną, a to jedno, jak przekonano się podczas dawniejszych doświadczeń, najzupełniej wystarczało do zabicia krętków. Gdy zaś pacjentka zaniechała tego odkażającego płukania, na nowo pokazały się u niej żwawo poruszające się krętki.

W drugim przypadku zbadano działanie preparatu „606" u chorej, która cierpiała na sklerozę. Przy powtórnem badaniu mikroskopowem osadu nazębnego w ciemnem polu znaleziono co prawda niezbyt wiele, lecz w każdym razie dostateczną do badań ilość różnego rodzaju krętków. Przeważnie wykonywały one charakterystyczne, bardzo żwawe ruchy, przypominające poruszenia węgorza lub węża, przytem krętki to się rozszerzały, to kurczyły, a zatem były żywe; 28 września pacjentce zastrzyknięto 0,3 arsenobenzolu. Jednakowoż wstrzyknięcie nie wywarło żadnego wpływu ani na zwężenie krtani, ani na krętki, które zachowały nadal ruchy swe i kształty.

W trzecim przypadku zastosowano preparat Ehrlich'a u pacjenta z rozpadem kłykcin na migdałach i *isthmus faucium*. Przeprowadzona z chorym kuracja sublimatem pozostała bezskuteczną. U tego pacjenta przez długi czas przed i po wstrzyknięciu robiono badania mikroskopowe z osadu szyjowego zębów; preparaty regularnie badano w ciemnem polu. Wyniki otrzymano następujące:

Data: miesiąc i rok	Wydzieliny kłykcin	Osad nazębny
16/X 1910	Mnóstwo *sp. pallidae*, żwawo poruszających się	Bardzo wiele krętków jamy ustnej, żwawo porusz. się
17/X 1910	To samo	To samo
18/X 1910	To samo	To samo
19/X 1910	Wstrzyknięcie 0,5 preparatu Ehrlich-Hata-Ideal	Wstrzyknięcie 0,5 preparatu Ehrlich-Hata-Ideal

Data: miesiąc i rok	Wydzieliny kłykcin.	Osad nazębny.
20/X 1910	*Sp. pallidae* niema.	Mnóstwo krętków jamy ustnej, przeważnie bez ruchu, niektóre słabo się poruszają.
21/X 1910	Kilka *sp. pallidae* przeważnie bez ruchu.	To samo.
22/X 1910	Jeden *sp. pallida* bez ruchu.	Dużo krętków jamy ustnej bez ruchu.
23/X 1910	To samo.	To samo.
24/X 1910	*Sp. pallidae* niema, kilka obumarłych krętków jamy ustnej.	Wyłącznie tylko nieruchome krętki jamy ustnej.
25/X 1910	*Sp. pallidae* niema.	Mnóstwo nieruchomych krętków jamy ustnej, leżących kupkami; bardzo nieliczne wykazują słabe ruchy (*sp. sputigenum* żwawo się porusza).
26/X 1910	*Sp. pallidae* niema.	Dużo *spirochaetae dentium*, żwawo się poruszających obok nieruchom. krętków.

A zatem w tym ostatnim przypadku wstrzyknięcie 0,5 preparatu Ehrlich'a wywoływało od czasu do czasu unieruchomienie prawie wszystkich przedtem poruszających się nader żwawo krętków jamy ustnej, należących przeważnie do rodzaju cienkich *spirochaetae dentium*, i powodowało obumarcie tychże. Jednocześnie okazało się, że *sp. pallidae* zniknęły zupełnie lub częściowo uległy zwyrodnieniu i unieruchomieniu. Jednakże doświadczenia stwierdziły również, że krętki jamy ustnej stopniowo przychodziły do siebie, gdy tymczasem *sp. pallidae* już się nie pokazywały. Gerber reasumuje wyniki swych doświadczeń w następujący sposób:

1) Najoczywiściej stwierdzone zostaje zabójcze dla krętków jamy ustnej działanie preparatu „606".

2) W pierwszych dniach po zastrzyknięciu „606" daje się stwier-

dzić równoległość oddziaływania tegoż na krętki jamy ustnej i *spir. pallida.*

Bardzo ważnem było zbadanie oddziaływania środka Ehrlich'a pod względem klinicznym. Czwartego dnia blizny oczyściły się, bóle i obrzmienia gruczołów przeszły. Przeciwnie—w pierwszym z przytoczonych przypadków oddziaływanie preparatu było nieznaczne, zapewnie wskutek zastosowania zbyt małej dawki. Według prof. Gerber'a, tej zbyt małej dawce przypisać należy brak działania „606" na krętki jamy ustnej.

Przy postawieniu djagnozy syfilisu swoiste oddziaływanie preparatu Ehrlich'a-Hata na krętki jamy ustnej mogłoby stanowić cenną wskazówkę co do jej ścisłości.

O krętku bladym przy cierpieniach syfilitycznych jamy ustnej dr. J. Szestopał (20) zaznacza, że ze wszystkich rodzajów przymiotu najwięcej zaraźliwym jest przymiot jamy ustnej. Przyczyna tego polega na następującem. Do zarażenia niedostateczne jest jedynie zetknięcie się zadraśniętej skóry z różyczką przymiotową, grudką lub powierzchnią szankrowatą. Nieodzownym warunkiem przenikania krętków jest tarcie, podrażnienie, które wywołuje przypływ soku tkankowego; ostatni właśnie głównie zawiera krętki. Jako przykład mogą służyć masowe zarażenia przez stosunki płciowe. Przypadki zaś zarażenia się lekarzy przy dotykaniu palcami podczas badania szankrów, suchych i mokrych grudek skóry są bardzo rzadkie; nawet dla wydobywania krętków uciekać się trzeba do zdrapywania rogowej warstwy i podrażnienia obnażonej powierzchni drutem platynowym.

Co się tyczy cierpień śluzówki jamy ustnej, to skonstatowanie obecności krętków jest daleko prostsze: dosyć jest przeciągnąć uszko drutu platynowego przez zaatakowane miejsce, poleciwszy choremu przedtem przepłukiwanie ust wodą, ażeby po rozmazaniu otrzymanego śluzu cienką warstwą na szkiełku przedmiotowem odnaleźć *spiroch. pall.* pojedynczo lub w większej liczbie. Niezależnie od tego dość częste są przypadki zarażenia się za pośrednictwem szklanek, papierosów, pocałunków i t. d. A zatem *spirochaetae pallida* w jamie ustnej trzyma się bardzo powierzchownie; dlatego też do zarażenia wystarcza przedostanie się śliny chorego osobnika na zadraśniętą powierzchnię zdrowego organu. Na dowód swego twierdzenia autor przytacza szereg obserwacji, z których widać, że w przypadkach wyraźnie występujących

drugorzędowych objawów w jamie ustnej na miejscach zajętych *spirochaetae pollida* znalazły się w wielkiej ilości zupełnie na powierzchni, zaś badanie wydzielin z powierzchni nawet mokrych grudek moszny i odbytu wykrywano *spirochaetae* niezawsze. Przyczyną tego zjawiska autor upatruje w braku suchego, stwardniałego naskórka w jamie ustnej, który może przeszkadzać przenikaniu krętków na powierzchni skóry, jak również w istnieniu w jamie ustnej ciągłego podrażnienia: podczas rozmowy, jedzenia, palenia, a nawet oddychania (zmiana temperatury). *Przeto śluzówka jamy ustnej posiada warunki, najbardziej sprzyjające zakażeniu syfilitycznemu.*

Prof. Kromayer (22) zwraca uwagę na znaczenie salvarsanu dla dentysty. Twierdzi on, że, jak i wiele innych środków oraz metod leczniczych, środek ten doznał zwykłego losu, t. j. zjawienie się jego bez najmniejszego wysiłku ze strony wynalazcy sprawiło sensację; preparat miał ziścić wszelkie oczekiwania i nadzieje, używany był przez lekarzy na prawo i na lewo bez żadnego określonego systemu, bez żadnych wskazówek co do tego, w jakich mianowicie przypadkach możliwe jest jego zastosowanie. I z tą samą, można powiedzieć, lekkomyślnością, ten sposób leczenia odrzucony został przez wielu, nie będąc dostatecznie sprawdzony.

Jednakże nie da się zaprzeczyć, że „606", pomimo że zjawił się niedawno, dał bezwarunkowo pomyślne wyniki w bardzo wielu przypadkach przy leczeniu przymiotu, gdy już inne leki nie wykazały żadnego działania. Szybkie działanie „606" szczególnie ma znaczenie przy procesach niszczących o przebiegu złośliwym, wrzodziejących lub kilakowych; słowem, w przypadkach trzeciorzędowego wznawiania się choroby, gdzie niezbędna jest szybka pomoc lekarska.

Niech wolno będzie stwierdzić, że „606" pod warunkiem coraz większej baczności w zastosowaniu, w wielu przypadkach stanie się jaknajpoważniejszym konkurentem dla innych istniejących środków leczniczych.

Salvarsan wobec tego, zdaniem autora, zasługuje na przyznanie mu poważnego stanowiska w naszym leczniczym arsenale w leczeniu przymiotu i całego szeregu innych chorób.

Autor dalej pragnie zwrócić uwagę na znaczenie tego środka w *stomatologji.*

Dentysta obznajmiony jest wprawdzie z objawami przymiotowymi w jamie ustnej; bardzo często zdarza mu się obserwować uboczne

objawy tej choroby, począwszy od przymiotowej anginy, która tak często występuje, dalej—przymiotniaki (gumaty), szarawe brózdy na śluzówce o czerwonawym brzeżku, słowem najrozmaitsze objawy przymiotowe, występujące na twardem i miękkiem podniebieniu, na gruczołach, języku, na śluzówce dziąseł, warg, na policzkach, krótko mówiąc—wszędzie w jamie ustnej, gdzie takie objawy tworzą rozmaite obrazy.

Jeżeli przy przymiocie zastosowano leczenie rtęciowe, to skutkiem tego występowały nowe objawy: zaczerwienienia, obrzmienia i wrzody, rtęciowe zapalenie śluzówki jamy ustnej, które może atakować dziąsła, a nawet objąć całą śluzówkę jamy ustnej. Najdoświadczeńszy praktyk w tym razie nie jest pewny, gdzie kończą się objawy przymiotu, a zaczynają objawy otrucia rtęcią. Pozostaje albo wstrzymać leczenie rtęciowe, albo kontynuować je w celu ustalenia ostatecznego rozpoznania. Tu możemy określić przypadki, w których „606" jest wyraźnie wskazany i działać będzie szybko, szczególnie wówczas, gdy pacjent rtęci nie znosi. Najstosowniejszym bywa on w pewnych przypadkach, mianowicie tam, gdzie wobec nader wątpliwych objawów, występujących na brzegach i fałdach języka, niewiadomo, czy można przypisać to przymiotowi, czy też te nadżerki nabłonka wprost powstały wskutek mniej lub więcej ostrego rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej.

Wszystkim doświadczonym praktykom znane są trudności, połączone z upartą niepodatnością traktowania wrzodów podczas rtęciowego leczenia lub po niem.

Oto—kiedy zastosować należy salvarsan z dużem prawdopodobieństwem pomyślnego wyniku.

Autor przytacza kliniczne spotrzeżenia na dowód słuszności swych wywodów.

1) Student, lat 21. Zarażony od przeszło roku; przechodził kilkakrotnie rtęciowe leczenie. Obecnie ma swoistą anginę, guzki na języku i wargach, grudki (papulae) w kątach ust. Odczyn Wassermann'a dodatni. Kuracja: 15 wstrzykiwań salicylanu rtęci po 0,08 usuwa anginę i grudki z wyjątkiem dwóch wielkich grud na prawym brzegu języka; ac. chromicum nie skutkuje. Wstrzyknięcie 0,3 salvarsanu w rozczynie alkalicznym; po dwóch dniach po wessanych guzach pozostaje lekkie zaczerwienienie.

2) Mechanik, lat 23. Zaraził się przed dziesięcioma miesiącami;

odrazu miał plamistą, grudkową wysypkę, rozrzuconą po całem ciele, liczne zapalenia gruczołów i lekką swoistą anginę. Po kuracji rtęciowej wszystko to przeszło, ale pozostało silne zapalenie śluzówki jamy ustnej, do którego po dwóch tygodniach przyłączyła się wysypka na brzegach języka, wrzody na śluzówce policzków—objawy nie ustępujące żadnemu leczeniu. Po sześciu śródżylnych wstrzyknięciach salvarsanu (po 0,2) z przerwami dwudniowemi nastąpiło zupełne wyleczenie.

3) Porucznik, lat 38, cierpi na przymiot od dziesięciu lat; leczył się wielokrotnie. Twarde grudy, miejscami nadżarte na śluzówce warg i w kątach ust. Leczenie jodem w ciągu kilku tygodni i siedm wstrzyknięć rtęciowych pozostały bez rezultatu, a po siedmiu śródżylnych wstrzyknięciach „606" (po 0,2)—zupełne wyleczenie. Należy nadmienić, że grudki znacznie się zmniejszyły już po drugiem zastrzyknięciu wrzody zaczęły się goić.

Rozpoznanie trzeciorzędowego okresu częstokroć bywa bardzo trudne: grudki i t. p. na śluzówce ust, podniebienia, a szczególnie na języku nastręczają wiele trudności przy różniczkowej djagnozie przymiotu i raka. I w tym przypadku rozpoznanie takie osiąga się prędzej przy zastosowaniu „606", aniżeli rtęci lub jodku potasu.

Autor sam miał sposobność dwukrotnie wypróbować salvarsan przy istnieniu kilaków w fałdach nosowych. W obu przypadkach były one uznane na zasadzie badań specjalistów-rynologów, którzy zainteresowali się sprawą, za dostatecznie rozwinięte, ażeby zniszczyć kości nosowe, nawet pomimo natychmiastowego zastosowania rtęci lub jodu. Działanie „606" wystąpiło tak szybko, że obumarcie kości, które zdawało się za nieuniknione, nie nastąpiło.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że salvarsan energicznie działa nietylko na *spirochaetae pallida*, lecz i na cierpienia tkanek, i że wywiera działanie swoiste na krętki jamy ustnej, łatwo dojdziemy do wniosku, iż dentystyka w salvarsanie zyskuje potężny środek do zabiegów czynnych w wielkiej ilości chorób j. ustnej.

Na zasadzie własnych doświadczeń (o wiele więcej niż 3000 wstrzykiwań salvarsanu) autor stwierdza, że lekarze-specjaliści osiągną doskonałe rezultaty z „606", nietylko stosując go w przymiocie, lecz i w innych skórnych chorobach. Pewne chroniczne wrzody zostaną całkowicie usunięte za pomocą tego leku, który, jako preparat

arszenikowy dobroczynnie oddziaływa nietylko na zapalne stany tkanek i nowotwory, lecz również na gojenie się wrzodów. I pod tym względem nastręcza się mnóstwo sposobności do zastosowania go w jamie ustnej.

Piśmiennictwo. 1) *Alt.* München. Mediz. Woch. 15. III. 1910 r. La Semaine Medic. 18, 26—1910 r.; ref. Medycyna 30, 1910; 2) *Schreiber, Michaelis, Kromayer, Tomaszewski, Pick, Dörr, Iwersen*—cyt. u Alta l. c.; 3) *N. Wechselmann.* Berl. klin. Woch. 27. 1910. La Sémaine Med. 26, 1910. Gazeta Lek. 29, 1910. 4) *Frenkel i Grouven.* Münch. Med. Woch. 34, 1910 r., referat Przegląd Lek. 39, 1910. 5) *Isaac H.* Berl. klin. Woch. 33, 1910 r. 6) *Ivanyi M.* Wien. Med. Woch. 36, 1910—ref. Przegl. Lek. 39, 1910; 7) *Schreiber i Hoppe.* Münch. Med. Woch. 27, 1910—ref. Przegl. Lek. 29, 1910; 8) *Prof. Neisser.* List otwarty. Deut. Med. Woch.; tłum. d-ra Springera—Medycyna 31, 1910; 9) *Malinowski.* Gaz. Lek. 39, 1910. 10) *Prof. Wicherkiewicz.* Przegląd Lek. 34, 35, 1910; 11) *Monschein.* Przegl. Lek. 44, 1910. 12) *Prof. Korczyński.* Przegl. Lek. 32, 33, 1910. Kozerski A. Gaz. Lek. 39, 40, 41, 42, 1910. 13) „Miesięcznik Terapeutyczny" 3, 1911; 14) *Dr. F. Malinowski.* Przegl. chor. skórnych i wen. 10, 1910. 15) *Dr. J. Rozenberg.* Now. Lek. 1, 1911 r. 16) Prof. Neisser i inni, sprawozd. w Now. Lek. 1, 1911; 16) *Dr. A. Racinowski.* Gaz. Lek. 2, 1911 r.; 17) *Dr. Watraszewski.* Gaz. Lek. 3, 1911 str. 85; 18) *Prof. Gerber.* Odontologische Nachrichten 27. XII. 1910; 19) Deutsche Medizinische Wochenschrift 46, 1910; 20) *Dr. Szestopał.* Russki Wracz 25, 1910 r; 21) Żurnał kożnych i wener. boliezniej 3, 1911. 22) *Kromayer.* Deut. Zahn. Zg. 1911, 12; 23) *Prof. Hoffmann E.* Münchener Mediz. Wochenschr. 13, 1911, ref. Nowoje w medicynie 7, 1911. 24) *Prof. Uhlenhuth i Mulzer.* Berl. klin. Wochenschr. 1911, 15; ref. Nowoje w med. 7, 1911. 25) Lwowski Tyg. Lek. 15, 1911, str. 221. 26) Przegl. chor. skórn. i wen. 11, 12, 1910, str. 341; 27) BirżewyjaWiedomosti 20. III. 1911, 25. III. 1911; 28) Nowoje Wremia 30. III. 1911. 29) Żurn. kożnych i wener. bol. 3, 1911. 30) Deut. Mediz. Wochenschrift 46 r. ub.

M.

Dział sprawozdawczy.

10) Kochmann M. Działanie adrenaliny w związku ze środkami miejscowo-znieczulającymi. (Deut. Z-che Woch. 4. r. b.).

Istnieje, jak wiadomo, szereg metod miejscowego znieczulania nerwów czuciowych. Metody te można podzielić na 3 grupy. Do pier-

wszej autor zalicza fizyczne metody miejscowego znieczulania: gorąco, zimno i ucisk nerwów. W drugim rzędzie należy wymienić fizyko-chemiczne metody zastrzykiwań anizotonicznych rozczynów soli, które jednak nie znalazły zastosowania w praktyce. Wreszcie wymienić należy czysto chemiczne metody.

Przy ostatniej metodzie znieczulenie następuje dzięki temu, że nerwy obwodowe doprowadzamy do zetknięcia z ciałem chemicznem, które posiada własność zmieniania budowy cząsteczkowej nerwów w takiej formie, że tracą one czasowo swe główne cechy, a mianowicie pobudliwość oraz zdolność przeprowadzania różnego rodzaju drażnień. Jeśli więc w granicach działania tego rodzaju ciała chemicznego wywołujemy jakieś drażnienie nerwu, samo przez się bolesne, to nie może ono zwykłą drogą dojść do świadomości pacjenta.

Chcąc za pomocą produktu chemicznego, np. kokainy, wywołać miejscową utratę czucia, musimy w kierunku tym wystawić 3 wymagania, którym produkt ten bezwarunkowo powinien zadośćuczynić. Użyty środek znieczulający nie powinien być drażniącym, t. j. nie powinien na czas dłuższy szkodzić nerwom, również nie powinien wywoływać przekrwienia, a tembardziej obumarcia tkanek, w których został zastosowany. Temu wymaganiu odpowiadają w mniejszym lub większym stopniu prawie wszystkie używane środki znieczulające. Drugi warunek jest ten, że wywołane znieczulenie nerwów obwodowych powinno być dostatecznie intensywne, ażeby można było wykonać zamierzoną operację; wreszcie trzeci warunek: znieczulenie powinno być dostatecznie długotrwałe.

Słaba intensywność znieczulania nerwów, rozumie się, zależy od siły znieczulającej stosowanego środka chemicznego, a także od stężenia rozczynu tegoż. Rozumie się, że obydwa te czynniki należy zawsze doprowadzić do odpowiedniego stopnia w stosunku do trującej własności danego środka. Czas trwania znieczulenia obwodowego zawsze będzie zależny od czasu znajdowania się w danem miejscu rozczynu. Innemi słowy, praktyczny lekarz pragnie rozporządzać taką metodą znieczulania, za pomocą której mógłby bez ryzyka dla pacjenta zastosować takie stężenie, które, wykazując świetne działanie znieczulające, nie miałoby przytem żadnego trującego działania, i przy którem miejscowo-znieczulający środek pozostawałby dosyć długo w nerwie, podlegającym znieczuleniu.

Ażeby zadośćuczynić tym wszystkim wymaganiom, środki znieczulające powinno się stosować przeważnie w takich rozczynach, w jakich w danym razie niepodobna nazwać je bezpiecznymi. Ale najnowsze metody miejscowego znieczulania pokonały te niedogodności; osiągnięto możność stosowania słabszych rozczynów, które jednakże są o tyle dostateczne, że zapewniają znieczulenie w dostatecznym stopniu.

Przedewszystkiem więc mowa jest o tem, ażeby nie pozwalać na dalsze szybkie rozprzestrzenianie się działającego preparatu drogą krwiobiegu i naczyń chłonnych. Cyrkulacja powinna być w mniejszym lub większym stopniu przerwana.

Autor bliżej zastanawia się nad jedną z tych metod, a mianowicie nad kombinacją miejscowo-znieczulających środków z preparatami nadnerczy.

Wiadomo, że nadnercza stanowią swoisty organ i osadzone są w kształcie kapturka na obu nerkach. Na przecięciu można wyraźnie rozróżnić warstwy: twardą i mózgowo-miąższową. Z mózgowej części wydobywa się substancję, znaną w handlu pod rozmaitemi nazwami: adrenalina, suprarenina, epinefryna, epirenan i t. p. Dzięki pracom Stolz'a i Dake'go udało się substancję tę otrzymać drogą syntetyczną.

Preparat ten, który wogóle zgódźmy się nazywać *adrenaliną*, sprzedaje się zwykle w 1‰ rozczynach i posiada pewne własności farmakologiczne, na których opiera się stosowanie jego do miejscowego znieczulania. Opis następujących doświadczeń posłuży do wyjaśnienia jego działania.

Jeżeli drogą przelewania przez tętnicę przepuścimy przez nerki jakiegokolwiek zwierzęcia stosowny płyn, przekonamy się, że w tej samej chwili z żyły nerkowej wypłynie pewna ilość płynu. Jeżeli do tego „płynu odżywczego" dodamy adrenaliny, to ilość wypływającej krwi zmniejszy się, lub przelewanie ustanie zupełnie.

Taki skurcz ścianek naczyniowych u zwierzęcia powinien powodować wzmożenie się ciśnienia krwi, co łatwo można zauważyć na odpowiednim przyrządzie, który składa się z gumowej rurki i wzniesionej nad nią szklanej. Gumowa rurka ma wyobrażać łączność tętnicy, pozioma rurka — manometr do mierzenia. Wszystko ogółem napełnia się wodą. Jeśli teraz ściśniemy gumową rurkę lub skurczymy ścianki tętnicy za pomocą adrenaliny, ciśnienie w manometrze podniesie się. To co widzimy na przyrządzie, można pokazać i na

zwierzęciu. U królika do *art. carotis* wprowadzano igłę strzykawki; igłę połączono z podniesioną do góry rurką. Skoro tylko ustalono połączenie wzniesionej rurki z tętnicą, płyn w rurce podnosi się do pewnej wysokości. Można było również wyraźnie widzieć wahania tętna.

Jeżeli teraz wstrzyknąć pewną ilość adrenaliny przez *v. jugularis* do systemu naczyniowego zwierzęcia, tętnice skurczą się, a wynikiem tego będzie dostrzegalne podniesienie się ciśnienia krwi. Ostatnie stanowi właśnie to, co czyni adrenalinę nieodłącznym środkiem pomocniczym przy miejscowem znieczulaniu. Takiż skurcz naczyń następuje, jeśli zastosować adrenalinę miejscowo na śluzówkach lub tkankach. Jako skutek występuje przerwa w krążeniu krwi w miejscu zastosowania, co właśnie jest dla nas pożądanem, gdyż przez to płyn wstrzyknięty zatrzymuje się w miejscu zastosowania, nie rozcieńcza się falą krwi i pozostaje w nerwach pola operacyjnego w dostatecznem stężeniu. Lecz oprócz tylko co opisanego wywoływania niedokrwienia adrenalina wywiera jeszcze inne działanie, wpływające pomyślnie na miejscowe znieczulanie, które autor stwierdził wspólnie z d-rem Esch'em.

Opis następującego doświadczenia da dokładne pojęcie o tem działaniu. U królika zupełnie obnażono *n. ischiadicus* i przecięto po starannem oczyszczeniu z naczyń, a przedewszystkiem po zawiązaniu grubszych ich rozgałęzień. Badacze pragnęli w ten sposób zupełnie usunąć z nerwu bezpośrednie krążenie. Skoro teraz zauważymy, że ten sam środek znieczulający w tem samem stężeniu *bez* domieszki adrenaliny paraliżuje nerw po upływie dłuższego czasu, zaś z dodatkiem tegoż znacznie szybciej, musimy to przyśpieszenie paraliżowania obwodowego całkowicie przypisać adrenalinie. Ponieważ zaś nerw został zupełnie wyłączony z krwiobiegu, własność zatem adrenaliny wywoływania niedokrwienia nie powinna tu odgrywać żadnej roli. Możemy sobie wyobrazić działanie adrenaliny jako do pewnego stopnia podobne do gruntu (bejcy) w technice farbowania. Grunt samo przez się również mało zabarwia, jak adrealina znieczula. Lecz czyni ona tkaninę podatniejszą do farbowania; w podobny sposób adrenalina czyni nerw podatniejszym do lepszego i szybszego wchłaniania miejscowo-znieczulającego środka i zwiększenia przez to znieczulającej własności tegoż. Jednakże stosowanie adrenaliny nie zawsze

może być zalecane i nie zawsze bywa pożyteczne. W połączeniu z tropakokainą nie udaje się stwierdzić takiego działania adrenaliny. Przeciwnie—kokaina, nowokaina i alipina dają świetne wyniki. Innych środków znieczulających autor nie włączył do zakresu swych doświadczeń. A więc adrenalina odgrywa wybitną rolę w miejscowem znieczulaniu, które przytem znacznie się potęguje. *R.*

ODGŁOSY.

Sine ira et studio.

Wrażenia z okazji I-go n-ru „Kwartalnika Stomatologicznego".

Aczkolwiek sprawa antagonizmu stomatologiczno-odontologicznego z powodu zmiany na odbytym w roku ubiegłym w Krakowie XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich sekcji *dentystycznej* na *stomatologiczną* została w „Kronice Dentystycznej" mniej więcej wszechstronnie wyświetlona z punktu widzenia odontologów, to jednak wobec ukazania się zapowiedzianego „Kwartalnika Stomatologicznego" nie można nie poruszyć na łamach „Kroniki" przynajmniej aż nadto w oczy bijących kwestji natury społeczno-zawodowej. Stojąc więc zdala od jakiejkolwiek krytyki co do *naukowej* wartości nowego organu, niech mi wolno będzie zapoznać czytelników „Kroniki", którzy może nie otrzymali wymienionego „Kwartalnika" z kilkoma wytycznemi twierdzeniami niektórych autorów, które odontologa żywiej obchodzić powinny.

W przedmowie „Od Redakcji" prof. Łepkowski dosłownie pisze: „Nie można pominąć milczeniem, że nie my pierwsi, którzy wprowadzamy w życie „Kwartalnik", poświęcony stomatologji; inicjatywę i jej przeprowadzenie zawdzięczamy w Polsce ś. p. d-rowi Bolesławowi Dzierżawskiemu, który w trudnych warunkach podjąwszy wydawnictwo, przez lat kilka dawał nam „Przegląd Dentystyczny", cieszący się ogólnem uznaniem i poważaniem".

Nie wymagając *wcale* od redakcji „Kwartalnika", aby wzmiankę tę uzupełniła, wymieniając w dalszym ciągu „Kronikę Dentystyczną", która wcale nie w „lepszych" warunkach kontynuje dzieło ś. p. Dzierżawskiego, jednak odontologom polskim zaprotestować należy przeciwko „grzecznemu" zaliczeniu pod sztandar nauki „stomatologicznej" „Przeglądu Dentystycznego" i nieodżałowanej pamięci d-ra Bolesława Dzierżawskiego, jako głównego redaktora tego pisma.

Ś. p. Dzierżawski, „cieszący się uznaniem i poważaniem", jako

człowiek prawy i zacny, a prawdziwy obywatel kraju, był zawsze łącznikiem, skupiającym wszystkich dla pozytywnej pracy na ojczystym zagonie, a wszelki separatyzm zwalczał i umiał go tłumić w zarodku.

Jak swego czasu stomatologja międzynarodowa zapragnęła ś. p. prof. Millera zaliczyć w poczet swoich zwolenników, tak obecnie „stomatolodzy“ polscy targnęli się na osobę ś. p. Dzierżawskiego. Obaj uczeni nie mogą się bronić z mogiły, ale zato my odontolodzy mamy tyle mocy, aby ich pamięć święcie utrzymać w naszem kole, albowiem **dla dentystyki, a nie stomatologji położyli oni ogromne zasługi**...

Dr. Cieszyński pisze w swej rozprawie „O odcinaniu wierzchołka korzenia”: „o ile ona (t. j. operacja rezekcji czubka korzenia) jest powszechnie stosowaną na Zachodzie, mianowicie w Niemczech, przez stomatologów, mniej zaś przez lekarzy-dentystów, o tyle nie zyskała prawa obywatelstwa w krajach polskich: w Królestwie i Galicji”. Mnie, poznańczyka z aprobatą niemiecką, interesuje przedewszystkiem wypowiedzenie się Cieszyńskiego co do Zachodu *resp.* Niemiec. I na to odpowiedzieć tu uważam za konieczne, gdyż twierdzenie Cieszyńskiego mówi niejako, że *stomatolog to wyższy stopień lekarza-dentysty, chociażby ten miał nawet wykształcenie uniwersytetu niemieckiego i prawo wstępu do „Towarzystwa stomatologów polskich“*. Nie będę tutaj omawiał kwestji stomatologiczno-odontologicznej obecnej chwili w Niemczech, gdyż ogólnie wiadomem jest, że lekarze niemieccy, zajmujący się praktyką dentystyczną, z małemi wyjątkami, złożyli egzamina na stopień lekarza-dentysty i jako odontolodzy pracują w towarzystwach zawodowych w imię rozwoju niemieckiej nauki dentystycznej i dla dobra swego społeczeństwa. „Stomatologów” jest w państwie niemieckiem arcymało, a rola ich równa się zeru.

Co do rezekcji czubka korzenia podług Partsch'a, to sprawa przedstawia się tak: drogą naturalną operacja ta rozpowszechniła się przedewszystkiem z Wrocławskiej polikliniki chorób zębów i jamy ustnej, gdzie prof. Partschją wykonywał i wykonywa jako chirurg i dyrektor Instytutu dentystycznego dla studentów dentystyki i, rozumie się, także dla specjalizujących się tam lekarzy, których liczba jest zwykle minimalna. Prócz Partsch'a publikacjami i demonstracjami zapoznawali ogół odontologów: b. jego asystent, kolega Luniatschek i inni uczniowie „szkoły Partscha“, do których należy również b. lekarz wojskowy i lekarz-dentysta (nie stomatolog) Williger, który obecnie jako profesor chirurgji dentystycznej w Berlinie zajmuje się wyłącznie chorobami i chirurgją jamy ustnej, i jako takiego możnaby jego również Partsch'a nazwać stomatologami, lecz ani jeden, ani drugi dotąd nie przywdzieli owej zaszczytnej a tak bardzo „naukowej“ ...korony stomatologa. Partsch, będąc tylko chirurgiem, wyrzekł się nawet

rzeczoznawstwa w pewnej sprawie sądowej, w której chodziło o kwestję czysto dentystyczną. Niezrozumiałem jest zatem przypisywanie stomatologom niemieckim powszechnego stosowania rezekcji czubka korzenia, gdy lekarze-dentyści w Niemczech mniej operację tę wykonywać mają, gdyż *primo*: stomatologów w Niemczech, rzec można, prawie niema, *secundo*: lekarze-dentyści w Niemczech operację tę wykonywują ogólnie. Właśnie Cieszyński, do niedawna jeszcze odontolog, wykonywujący *jako taki* rezekcję czubka korzenia i demonstrujący ją *jako taki* na X Zjeździe we Lwowie, powinien hamować swoją galopadę stomatologiczną, bo podobne kategoryczne twierdzenie trudno byłoby udowodnić, a koledzy niemieccy nie puściliby płazem takiego „cięcia", gdyby do ich uszu dotarł podobny szum...

Na „odpowiedź" d-ra A. Gruszczyńskiego „w sprawie kształcenia dentystów w Królestwie Polskiem", jakkolwiek skierowana przeciwko odontologom z Królestwa, a specjalnie do kol. Frejdkina, niech mi wolno będzie, jako poznańczykowi wypowiedzieć się wobec niektórych twierdzeń natury ogólnej. Przedewszystkim dziwić się trzeba, dlaczego ów wspomniany „list otwarty" skierowano do „Gazety Lekarskiej", której czytelnicy nietylko że mało dentystyką *resp.* i „stomatologją" się interesują, ale, nie znając argumentów strony przeciwnej, nie mogą nawet objektywnie danej kwestji rozpatrzeć.

Dalej śmiem się p. Gr. zapytać, ilu stomatologów warszawskich obrało sobie dentystykę, jako specjalność *po skończeniu wydziału lekarskiego?* Czy w ten sposób p. Gruszczyński w imieniu stomatologów zainteresowanych sądzi zbić twierdzenie kol. Idzikowskiego, że stomatolodzy z Królestwa (również państwa rosyjskiego i t. d.) rekrutują się z b. pedjatrów, ginekologów, chirurgów, spec. chorób skórnych i t. d., a więc ludzi, którzy się już innej specjalności latami poświęcali „duszą i ciałem"?

Dalszy argument p. Gruszczyńskiego brzmi: „świadczy o tem postępowanie lekarzy zębów w praktyce, kiedy po wyjałowieniu instrumentów przez gotowanie w rozczynie sody wyciera się je pierwszą lepszą ścierką (naturalnie przed użyciem)" — objaśnia p. Gr. jeszcze dodatkowo w nawiasie. Jeżeli sobie p. Gr. przypomni znane „nikt nie jest bez „ale"—co znaczy inaczej, że wyjątki nie stanowią reguły, to dowód jego upada z kretesem. Cóż mi zresztą może powiedzieć p. Gr. o podobnych faktach, które zauważyłem w Państwie Rosyjskiem, że *lekarze a nawet doktorzy medycyny nie używają wyjałowionych lub dezynfekowanych narzędzi, naturalnie przed użyciem resp. u następnego chorego?* Mógłbym jeszcze i inne „małe" przewinienia ludzi *z ogólnem* wykształceniem medycznem *resp.* stomatologów przytoczyć, ale przecież nie jestem tak naiwnym, żeby z tego wnioskować o *wszystkich* lekarzach *resp.* „stomatologach". Ubolewać jedynie należy, że po-

dobna niesumienna „krytyka“ ma miejsce w XX wieku; *stopień naukowy nie chodzi przecież w parze z sumiennością i uczciwością danego osobnika.*

Co do „uczciwszych lekarzy zębów“, wyjeżdżających zagranicę dla uzupełnienia wiadomości, to w tej sprawie powiedzieć należy to samo, co o dopiero co omówionej sumienności i uczciwości wogóle.

W kwestji techniki dentystycznej i o twierdzeniu, jakoby lekarz z ogólno-medycznem wykształceniem może ją zdobyć przez kilka miesięcy, oraz dalszem twierdzeniu, że technika dentystyczna w porównaniu z techniką laryngologiczną lub ortopedyczną jest bardzo łatwą, p. Gruszczyńskiemu odpowiedzieć należy, że porównywanie techniki wykonawczej tak rozmaitych specjalności w sposób ogólnikowy jest zupełnie bezcelowe i nie wytrzymuje krytyki. Bez wątpienia pewne rękoczyny laryngologiczne lub ortopedyczne wymagają pewnej techniki, która nota bene nie jest zbyt łatwa i wyrabia się ciągle praktyką, lecz i za to mamy też specjalistów o nierównych zdolnościach, co eo ipso i w dentystyce spotykamy. Zresztą, od specjalistów na Zachodzie wymaga się dłuższego okresu czasu dla specjalizacji, niż okresu „kilku miesięcy“, bez względu na zdolności osobiste dla danej specjalności. Głoszenie zaś o *łatwości* techniki dentystycznej chociażby w porównaniu z techniką laryngologiczną lub ortopedyczną nie wytrzymuje żadnej krytyki. Czy leczenie trzonowców ze zgorzelą miazgi, przygotowywanie trudnych ubytków, plombowanie złotem i porcelaną i t. d. i t. d., a w końcu ortopedja dentystyczna czyli ortodontja nie wymagają często specjalnej techniki i zręczności operatora? Z twierdzeń p. Gr. możnaby wnioskować, że laryngologja lub ortopedja straciła w „stomatologach“ warszawskich najdzielniejszych specjalistów.

Można też było przypuszczać, że nazwa „samozwańców“ nie przypadnie „stomatologom“ warszawskim do smaku, lecz trudno ich nazwać inaczej, bo przecież nietylko, że przed nikim egzaminów nie składali, ale zapewne niewielu z nich może udowodnić, że się specjalizowali w zagranicznych instytutach uniwersyteckich lub prywatnych, stojących na poziomie dzisiejszych wymagań nauki dentystycznej.

Jeżeli p. Gruszczyński, kończąc swoje wywody, mówi że „niedaleką jest ta chwila, kiedy dentystyka wyzwoli się z rąk niepowołanych, a pacjenci będą mogli powierzać swoje zdrowie, a często i życie w ręce więcej kompetentne“, to z uwag wyżej przytoczonych jako *częściowa odpowiedź* na odpowiedź p. Gr. nie trudno wnioskować, że „stomatolog“ warszawski nie jest na razie jeszcze tym „więcej kompetentnym“, któremu pacjenci „bez ogródek“ mogliby powierzać swoje zdrowie *resp.* swoje chore zęby, chociaż jego szczytna specjal-

ność, to właściwie usta, na które on jednakże nie więcej, jeżeli nie mniej zwraca swojej uwagi od lekarza-dentysty. O tej zachwalanej „kompetencji" lekarzy, zajmujących się dentystyką, mógłbym niejedną niekompetentność wyjawić, ale jak już wyżej zaznaczyłem, nie używam, jako odontolog, podobnego oręża w walce. Jakiż, zresztą, uniwersytet lub zakład naukowy wydaje kompetentnych fachowców? Dotąd nie ogłoszono jeszcze dogmatu tej nieomylności „stomatologów"!

Jakkolwiek kształcenie prywatne w Państwie Rosyjskiem przez żadnego kolegę nietylko z Królestwa lecz i Cesarstwa nie jest uważane jako zadowalniające, o czem świadczą nieustające starania i dążenia przedstawicieli towarzystw odontologicznych, to specjaliści — „stomatolodzy", nie podlegając ani egzaminom, ani kontroli co do odbytej specjalizacji i kwalifikacji do praktyki, nie mogą być uważani za dentystów „wyższej" kategorji lub przedstawicieli dentystyki.

Rozważając zaś zakusy stomatologów polskich z punktu widzenia społecznego, nazwać trzeba ich postępowanie wprost czynem przeciwnarodowym, a zmiana sekcji dentystycznej na stomatologiczną nie da się niczem wytłumaczyć, tembardziej, że sekcja dentystyczna ubiegłych zjazdów lekarzy i przyrodników polskich obfitowała w różnorodność prac, czego dowodem sprawozdania i prace ogłoszone w „Przeglądzie Dentystycznym". Postęp i praca pozytywna dla rozwoju nauki polskiej i dobra społeczeństwa nie polega na tem, żeby dla urzeczywistnienia zachcianek kilku odepchnąć kilkudziesięciu, którzy swego czasu, dbając o rozwój dentystyki polskiej, pchnęli ją na nowe tory przez utworzenie sekcji dentystycznej na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

„Stomatologja" polska z prof. Łepkowskim na czele, który swego czasu razem z odontologami z Królestwa pracował dla dentystyki polskiej, rzuciła w przedmowie „Kwartalnika Stomatologicznego" hasło stomatologiczne „W jedności siła", czyli innemi słowami: *walka z dentystami dopóki ani śladu po nich nie zostanie.* My zaś odontolodzy odpowiemy skromnie: „Quidquid agis prudenter agas et respice finem".

Wincenty Zawidzki.

List do redakcji.

List otwarty do kolegi Edwarda Słońskiego.

Wielce Szanowny Kolego!

Że ten, którego Stworzyciel świata obdarzył cząstką Swojego bóstwa, nie jest przeciętnym śmiertelnikiem, jest rzeczą naturalną.

Prawdziwy poeta stworzony jest na to, aby ludziom w chwilach goryczy i zwątpienia niósł słowa pociechy i nie dawał upadać na duchu. Że wielkie masz serce i subtelnie odczuwasz niedolę współbraci, o tem wie każdy, kto się napawa słowami, kreślonemi w Twoich poezjach. Za to, że sprawiedliwym i dobrym jesteś kolegą, czego dałeś dowody podczas ostatnich wyborów w Warszawskiem Towarzystwie Odontologicznem, z tego miejsca ślę Ci serdeczne dzięki.

F. Idzikowski.

Warszawa, w marcu r. 1912.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Kasa wzajemnej pomocy odontologow polskich.** Ogólne doroczne zebranie członków odbyło się w dniu 31/I r. b. w lokalu Warsz. Towarzystwa Odontologicznego. Posiedzenie zagaił kol. Oyrzanowski, który na przewodniczącego zaproponował kol. Wł. Zielińskiego. Propozycję przyjęto przez aklamację. Przewodniczący, kol. Zieliński, na asesorów zaprosił kol. Idzikowskiego i Przedpełskiego. Komisja rewizyjna stwierdziła należyty stan kasy, rachunków, wszelkich innych dokumentów również inwentarza. Skarbnik Kasy, kol. Frejdkin, przedstawił bilans za ubiegły rok kadencji oraz budżet na r. bieżący, a kol. Drac odczytał sprawozdanie roczne, ułożone zgodnie z wymaganiami ustawy Kasy przez zarząd tejże.

Zarząd Kasy w r. ubiegłym odbył 14 posiedzeń. Załatwiono następujące sprawy. Stosownie do uchwały zebrania ogólnego z dnia 22.II.1911 r., celem rozszerzenia działalności Kasy, wydrukowano w 4-ch czasopismach miejscowych odezwę oraz rozesłano dwukrotnie do kolegów, praktykujących w Królestwie (w ilości 500 egz.) takąż odezwę, nawołującą do liczniejszego zapisywania się w poczet członków Kasy. Celem nawiązania bliższego kontaktu z ogółem kolegów, zaprowadzono stałe dyżury w lokalu Kasy: w ustalonych godzinach udzielano interesującym się sprawami tejże odnośnych informacji. W r. ub. po raz pierwszy od czasu założenia Kasy udzielono pierwszej pożyczki (w kwocie rb. 80). Liczba członków Kasy powiększyła się o osób 17 (w końcu ubiegłego roku sprawozdawczego Kasa liczyła członków 22; zapisało się w poczet członków osób 18; jeden członek z tej liczby wystąpił). Obecnie razem Kasa liczy członków 39,

a w tej liczbie jednego członka honorowego i jednego dożywotniego. Wzrost liczby członków wpłynął dodatnio na stan funduszów Kasy, która obecnie posiada: kapitału zasobowego — rb. 845, kapitału obrotowego — rb. 357 kop. 38 oraz na rach. procentów od kapitałów — rb. 60 kop. 25, razem — rb. 1263 kop. 63. Niezależnie od tego zarząd Kasy robił starania co do powiększenia funduszów Kasy i na innej drodze; starania te atoli z powodów od zarządu niezależnych nie dały konkretnych wyników.

Po dokonaniu wyborów na miejsce ustępujących członków (stosownie do wymagań ustawy) do zarządu weszli: koledzy—F. Idzikowski, Wł. Zieliński i St. Esigman st. (pozostają—K. Oyrzanowski i M. Krakowski, zarząd liczy razem osób 5).

Uchwalono poczynić w ustawie Kasy pewne zmiany, dotyczące sumy wpisowej oraz składki rocznej, jak również wystąpić do władzy z prośbą o uzupełnienie ustawy paragrafem, zgodnie z którym po śmierci jednego z członków reszta wnosi na rzecz pozostałej rodziny po rb. 10. Sprawy te rozpatrzy i załatwi zarząd.

Na zebraniu zarządu, odb. w dniu 15.II r. b., po zrzeczeniu się kol. Zielińskiego zarząd ukonstytuował się tak: na przewodniczącego powołano kol. F. Idzikowskiego, na sekretarza — kol. St. Esigmana st., na skarbnika -- kol. Zylberbogena, członkami zarządu zostali kol. K. Oyrzanowski i M. Krakowski.

Na zebraniu, odb. w dniu 19.III r. b., przyjęto w poczet członków Kasy następujących kolegów: L. Szymańskiego, M. Dobryszyckiego, W. Taubenhausa, N. Laternera, J. Kachla i L. Goldstejna.

Uchwalono wszcząć starania u odnośnej władzy o: 1) uzupełnienie ustawy Kasy paragrafem, zgodnie z którym po śmierci jednego członka reszta członków wnosi na rzecz pozostałej rodziny po rb. 10; 2) zmianę miesięcznej sumy składkowej z rb. 1 na kop. 50 i wpisowej z rb. 5 na rb. 3 (§ 3 ustawy). Jednocześnie uchwalono wystąpić ze staraniami o zezwolenie na rozpowszechnianie puszek wśród kolegów w celu zbierania ofiar na rzecz Kasy.

═ **Znamienny fakt.** Proszono nas o zaznaczenie następującego faktu. Przy ulicy Marszałkowskiej, jak koledzy wiedzą, od dłuższego czasu istniał skład dentystyczny p. f. „A. Josem", którego zarządzającym od początku istnienia był niedawno zmarły p. Szejnman. Od chwili powstania firmy wraz z mężem pracowała żona jego, obecnie pozostała

wdowa, która miała prowadzić interes nadal. Obecnie okazuje się, że wdowa, p. Helena Sz., zmuszona była wystąpić z powyższej firmy z powodu nieporozumień z formalnym jej właścicielem, p. A. Josemem, lekarzem-dentystą z Białegostoku, którego żona, również lekarka-dentystka, jest rodzoną siostrą zmarłego. Całkowita praca i kierownictwo całym interesem spoczywały jedynie na barkach p. Sz. Od czasu powstania firmy zaś, t. j. od roku 1897, udział p. Josema w przedsiębiorstwie polegał tylko na zasilaniu na początku odpowiednim kapitałem, który oprocentowywał się w sposób niezwykły, bo na 10%, oraz wycofywaniu procentów i kapitału bez żadnego absolutnie czynnego udziału.

Po trzykrotnem prawie wycofnięciu włożonej do interesu sumy p. Josem posiadał w interesie w chwili wystąpienia wdowy p. Szejnmanowej mniej, niż połowę tejże sumy. Zmarły, mając zaufanie do szwagra i rodzonej siostry, nie zabezpieczył żadnym aktem formalnym udziału swego w interesie. Z tego braku piśmiennej umowy nie zawahali się widocznie skorzystać pp. Josem i nietylko różnymi sposobami uczynili dalszą współpracę wdowie w firmie niemożliwą, ale zaprzeczyli jej nawet prawa do udziału w interesie lub do odpowiedniego ekwiwalentu. Na kilkakrotne propozycje ze strony pani Sz. oddania sprawy w ręce bezstronnych osób p. Josem odpowiadał odmownie i nawet zagroził p. Sz. rejentalnie eksmisją z mieszkania, sąsiadującego ze składem.

Fakt podajemy bez komentarzy.

= **Warsz. T-wo Odontologiczne**. W dniu 14.III r. b. odbyło się ogólne zebranie członków pod przewodnictwem kol. Kasprowicza, na którem odczytano sprawozdanie roczne. Towarzystwo obecnie liczy 57 członków; odbyto 9 zebrań. Bibljoteka powiększyła się o 126 tomów, pochodzących z darów członków. Sprawozdanie kasowe wykazało niedobór w sumie rb. 57. Wybory dały następujący wynik: do zarządu weszli — L. Przedpełski (prezes), A. Frejdkin (wiceprezes), St. Blikle (sekretarz), A. Motz (skarbnik) i N. Neufeld (bibljotekarz); do komisji balotującej — Szeller L., Klein H., Zieliński Wł., Przybylski J.; do komisji rewizyjnej — Mroczkowski L., Linda M. i Gutowski J.; do sądu koleżeńskiego — Szeller L., Drac J., Oyrzanowski K., Zieliński Wł. i Przybylski J.

Odpowiedzi redakcji.

Kol. M. N. w Gr. 1) Łączno (spój) do aluminjum zostało wynalezione w ostatnich czasach. Nowy metal ten niedawno opatentowany został w Bostonie przez Carleton Ellis'a. Łączno to jest twarde i trwałe; punkt topliwości dość nizki; składa się ze stopu cyny, cynku, aluminjum i manganu. Ostatni dodany jest w małej ilości i służy jedynie do ulepszenia stopu, wyglądu i twardości. Można również dodać do niego chromu. Proporcje właściwe są następujące: cyny 30 cz., cynku 7 cz., aluminjum 0,75 cz., manganu 0,10 cz. Zwracamy uwagę, że użycie łączna tego, jak wogóle metali nieszlachetnych jest prawnie wzbronione pod odpowiedzialnością karną. 2) Do kamieni karborundowych używać można *parafiny*. Kamienie te lepiej działają, jeżeli przetrzymywać je przez kilka minut w rozpuszczonej parafinie. Po wyjęciu należy osuszyć je papierem, który pochłania nadmiar parafiny, wskutek czego stają się one mniej ślizkimi. Podczas szlifowania niema pyłu. Kamień taki dzięki parafinie może być doskonale wyjałowiony za pomocą płynów.

Kol. W. w Kownie. Są to objawy t. zw. miesiączki zastępczej *(menstruatio vicaria)*, t. j. zamiast z narządów płciowych (właściwej miesiączki) występują regularnie co 4 tygodnie krwawienia ze śluzówki warg, dziąseł lub j. ustnej. Przypadek taki spostrzegł stosunkowo niedawno dr. Hauptmann u 18-letniej dziewczyny (Münch. med. Woch. 1909 № 4, zob. Przegl. lek. 19—1910). Krwawienia występowały ze śluzówki obu warg regularnie co 4 tygodnie zamiast miesiączki lub też bezpośrednio przed nią.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 marca 1906 r. prof. Jaworski zakomunikował następujący ciekawy przypadek, obserwowany w zarządzanej przez siebie klinice szpitalnej.

Marjanna W., zamężna od 20 r. życia, rodziła 4 razy prawidłowo, ostatni raz przed 3 laty. Po ostatnim porodzie miesiączka przeciągała się przez 2 tygodnie, później stawała się skąpszą, natomiast na skórze poczęły się pojawiać plamy czerwone, które po miesiączkowaniu znikały. Chora następnie przestała miesiączkować; zamiast miesiączki przedstawiał się stan następujący: *na języku, podniebieniu miękkiem, śluzówce policzków ukazały się nieliczne, bądź punkcikowate, bądź drzewkowato ułożone jasnoczerwone wybroczyny*. Na tułowiu i kończynach górnych były rozsiane nieliczne wybroczyny jasno- i ciemnoczerwone. Kończyny dolne, szczególnie golenie, obsypane były bądź drobniutkiemi, bądź większemi plamami czerwonemi, jakie się spostrzega zwykle w plamicy Werlhofa. Obok tego znajdowały się sine podbiegnięcia w skórze w postaci sińców rozmaitej wielkości na ramieniu prawem i udzie które, jak chora twierdziła, pojawiły się samoistnie bez urazu. Nadto chora podała, że, skaleczywszy się w palce u rąk i nóg podczas miesiączki, nie mogła zatamować krwi prawie przez cały dzień. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. (*Przegl. lek. 15. 1906 r.*).

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Mazowiecką 8.